

## **MEMBRESÍA Y CONFRONTACIÓN EN LA ENTREVISTA MÉDICO-PACIENTE**

### **ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS EN LA FORMULACIÓN DE DEMANDAS**

**Irene Madfes**

Instituto de Lingüística, F. de Humanidades y Ciencias de la Educación,  
Universidad de la República | Uruguay  
[imadfes@adinet.com.uy](mailto:imadfes@adinet.com.uy)

#### **Resumen**

La demanda es un acto de discurso particularmente interesante por la variedad de sus realizaciones y por la riqueza de sus implicancias sociales, estando profundamente vinculada con las estrategias comunicativas de los usuarios. En el ámbito institucional que supone la entrevista médico-paciente, la demanda aparece como un instrumento de particular relevancia puesto que su estructura hegemónica conlleva que sea el participante más poderoso el que determine tanto el tipo de discurso como las diferentes posiciones de los participantes en un determinado orden del mismo (Fairclough, 2001). Es así que la formulación de un acto de discurso cuya finalidad es influir en el comportamiento del oyente a efectos de que éste lleve a cabo la acción descrita por ella (Haverkate, 1994) conlleva una amenaza a la imagen negativa del interlocutor, restringiendo severamente sus posibilidades interactivas. En este trabajo se analizará en qué medida las demandas están relacionadas con la legitimidad específica que los hablantes tienen en un contexto dado. Este estudio deberá contestar también en qué medida la membresía instaurada por la relación médico-paciente conlleva una mitigación de hecho que permite la aceptación de comportamientos potencialmente confrontativos como necesarios e inevitables (Madfes, 2002). Es en este sentido que el trabajo de imagen, que todo hablante debe realizar, aparece como menos costoso. El análisis se centrará en el estudio de demandas rutinarias producidas tanto por el médico como por el paciente y en las diferentes estrategias relativas a su formulación y su aceptación.

En este trabajo, se analizará la relación de la formulación de demandas con la legitimidad específica que los hablantes tienen en un contexto dado. Este estudio deberá contestar también en qué medida la membresía instaurada por la relación médico-paciente conlleva una mitigación de hecho que permite la aceptación de comportamientos potencialmente confrontativos como necesarios e inevitables (Madfes, 2002). Es en este sentido que el trabajo de imagen, que todo hablante debe realizar, sería menos costoso.

El análisis se centrará en el estudio de demandas rutinarias tanto por parte del médico como por el paciente y en las diferentes estrategias relativas tanto a su formulación como a su aceptación o rechazo.

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Si bien el médico se encuentra en el lugar del saber puede, sin embargo, optar por diferentes posiciones de discurso. Puede aceptar la práctica discursiva precedente y limitarse a recrearla sin cambios lo cual implica la aceptación de un determinado tipo de gestión de la relación interpersonal y del interjuego de imágenes, privilegiando así la asimetría estructural de la relación médico-paciente o puede optar por crear nuevas formas

de gestión en la que los roles decisorios tienden a ser compartidos y crear así mejores formas de entendimiento.

A partir de un corpus de 16 entrevistas ubicadas en dos contextos médico-ideológicos, privilegiando uno la jerarquía (medicina alopática, en adelante MA) y otro tendiente a la simetría (medicina biopsicosocial, en adelante MBS)) se estudiará la relevancia de las estrategias comunicativas relativas a la demanda y su consiguiente impacto interactivo, constatándose una importante diferencia cualitativa para cada contexto médico-ideológico

## **2. MEMBRESÍA Y RELACIONES ASIMÉTRICAS**

### **2.1.**

El contexto de la salud implica la concepción de una acción conjunta muy precisa en un contexto altamente organizado y ordenado, con reglas definidas.

La interacción en este contexto institucional habilita el surgimiento de una cierta membresía temporal, con un cierto orden social y un cierto orden del discurso, que implica determinadas posiciones de sujeto tanto para médico como para paciente. Esto conlleva la existencia de derechos y deberes discursivos, o sea, lo que cada uno puede o no puede decir (cf. Fairclough, 2001). Tal como señala Maynard (2004), predicar un diagnóstico como atributo de una persona es producto de un trabajo interactivo a los efectos de lograr un sentido mutuo, de comprensión y de estar de acuerdo sobre dicho predicado.

En el caso del paciente puede producirse la suspensión de determinados derechos cosa que se refleja en la existencia de acciones no permitida (Madfes, 2002).<sup>1</sup> Por su parte, el médico “tiene permiso” para realizar preguntas de toda índole, siempre y cuando tengan relación con la dolencia que el paciente trae. Esta aceptación de un determinado orden del discurso crea, en consecuencia, un sentido de afiliación entre los interactuantes: comportamientos, que en otro contexto podrían interpretarse como amenazadores y conducir a conflictos, son mitigados con diferente grado de fuerza y pueden ser aceptados hasta como necesarios o inevitables. En otras palabras, es posible que en dicho ámbito haya una cierta “suspensión” de las implicancias confrontativas y de amenaza de imagen para las conductas de los interactuantes, fundamentalmente los más poderosos (o que por lo menos éstos actúen en este sentido, no tratándose de un “compromiso” entre ambos interactuantes).

Las normas institucionales se presentan como prácticas específicamente culturales y creadoras de sentido; de esta forma, los miembros de una organización pueden construir evaluaciones coherentes de sus propias experiencias tanto dentro de dicha organización como sobre ella (Harris, 2003). En definitiva, lo que se observa es la conformación temporal de una “comunidad de práctica”, entendiendo por tal, un conjunto de personas que se involucran conjuntamente en la realización de una determinada tarea (Eckert y McConnell-Ginet, 1992: 464). Se define por su membresía y por la práctica que ella supone para los miembros, lo cual no significa que tengan que ser igualitarias, pueden ser consensuales y asimétricas como en el caso de la salud, implicando en los diferentes contextos el uso de recursos específicos en materia de estrategias comunicativas.

---

<sup>1</sup> “Las estrategias que hacen hincapié en la formalidad y en la distancia social tienden a minimizar el riesgo de la confrontación haciendo que la resistencia a tales directivas por parte del interactuante menos poderoso sean más difíciles.” (Harris, 2003: 34) (trad. IM)

## 2.2.

Puede encararse el poder médico según dos maneras:

- i. según las fuentes a las que se apela: “conocimiento”, “tecnología”, “profesión” o “posición socioeconómica”.
- ii. según la performance cómo se construye y actúa el poder en el tratamiento médico.

De acuerdo con Nijhof (1998), los médicos ocuparían el estatus de “guardavallas” (“gatekeepers”) en lo que a la entrega de bienes necesarios para la recuperación del paciente respecta. Es en este sentido que el historiador uruguayo Barrán (1992) señala que éstos disponen del comportamiento sanitario de sus pacientes. Esto conlleva la orientación de sus conductas hacia determinados fines, como por ejemplo: seguir un tratamiento o cumplir determinados preceptos higiénicos como el ejercicio, propendiendo al restablecimiento de la salud o, en su defecto, logrando que el enfermo tenga la mejor calidad de vida posible.

Fairclough señala (id.: 29) que el médico está en posesión del control puesto que es la prerrogativa de los participantes poderosos determinar el tipo de discurso a ser utilizado. Para este autor (id.:49), el discurso médico aparece utilizando estrategias comunicativas que involucran relaciones de poder particulares que determinan, por ejemplo quién está autorizado a dar órdenes en la interacción y quién es el iniciador de determinadas secuencias, etc.

De este modo, el discurso médico se presenta como un discurso de autoridad. Entiendo como tal el tipo de discurso ubicado fundamentalmente en contextos institucionales que consagran las relaciones de verticalidad, de dominio/sumisión. Es un tipo de discurso cuya finalidad es la de poner en marcha los mecanismos de poder, de ejercer el control. Por definición, y dejando de lado la casuística, está sujeto a negociación (ergo no es despótico) y, en esta medida, las estrategias de mitigación entran en sus posibles discursivos. Tal como lo señala Fairclough (2001: 38) se trata de participantes poderosos en condiciones de controlar y constreñir las contribuciones de participantes con menos/carentes poder. En suma, se trata de un tipo de discurso legitimado por el contexto, que impone y hace aceptar sus pautas a los que entran dentro de ese orden social en particular.

## 3. CORTESÍA, PODER Y RECURSO A LA DEMANDA

En las interacciones médico-paciente, se encuentran una gran cantidad de actos de habla con diferentes grados de fuerza “directiva”, desde órdenes hasta sugerencias. Las directivas en el polo de fuerza de la escala son realizadas casi exclusivamente por miembros institucionales y se convierten en marca de poder.

En el ámbito institucional que supone la entrevista médico-paciente, la demanda aparece como un instrumento de relevancia en la medida en que la petición, por su mismo funcionamiento, conlleva amenazas de imagen no solo para el oyente sino posiblemente también para el hablante (Brown y Levinson, 1987). Esto tiene su origen en el objeto ilocutivo de este tipo de actos de habla: el hablante que lo emite tiene como fin influir en el comportamiento intencional del oyente a efecto de que éste lleve a cabo la acción descrita por el contenido proposicional del mismo (Haverkate, 1994). Como la estructu-

ra hegemónica de la entrevista médico-paciente conlleva, como ya se señaló, que sea el participante más poderoso el que determine tanto el tipo de discurso como las diferentes posiciones de los participantes en un determinado orden del discurso (Fairclough, *op.cit.*), la formulación de demandas puede llevar a restringir severamente las posibilidades interactivas del oyente o de ambos participantes de la interacción.

También se encuentran actos de habla con fuerza directiva enunciados por los pacientes que deben ser aceptados o rechazados por los miembros más poderosos. Focalizando no sólo en como los menos poderosos –los clientes– construyen sus peticiones pero también en como los miembros institucionales responden a ellas hace visible la naturaleza cortés en el ejercicio del poder. (Harris, 2003)

La consulta médico-paciente posee un formato general estructurado en una serie de episodios o secuencias, más o menos laxa según el contexto médico-ideológico de qué se trate. La ocurrencia de demandas en este tipo de interacciones lleva a observar una cierta correspondencia entre la aparición de éstas y las diferentes macrosecuencias interactivas propias de una entrevista en este marco.<sup>2</sup>

- 1) Demandas en el contexto del inicio de la consulta : *apertura de la interacción*
- 2) Demandas relativas a comportamiento: *apertura de la interacción o auscultación: preguntas e indicaciones relativas a tratamiento* y también *cierre de la interacción*
- 3) Demandas relativas a tratamiento: *preguntas e indicaciones relativas a tratamiento*
- 4) Demandas relativas a decisiones con respecto a operaciones y/o análisis clínicos de cierta envergadura : *preguntas e indicaciones relativas a tratamiento*
- 5) Demandas relativas a prescripciones: *preguntas del paciente*
- 6) Demandas del paciente: *preguntas del paciente relativas a su dolencia*:

Esta tendencia que se observa con respecto a la ocurrencia de peticiones en el marco de la entrevista médica presenta dos características interesantes: por un lado, las demandas tienden a acumularse en la secuencia de *preguntas e indicaciones relativas a tratamiento*; por otro lado, en la secuencia *secuencias narrativas* (cf.n.2), la ocurrencia de demandas es cuasi inexistente.<sup>3</sup> Esto puede deberse al hecho de que en esta etapa el médico está, principalmente, buscando información cosa que implica una evaluación implícita de su paciente. Además, en dicha etapa de la consulta, los pacientes usualmente perciben a las preguntas de los médicos –que son las desencadenantes de las secuencias narrativas– como fundamentalmente preparatorias para realizar diagnósticos, indicaciones, etc.

---

<sup>2</sup> El formato de la entrevista médica se presenta estructurado de la siguiente manera: a) apertura de la interacción; b) secuencias narrativas; c) preguntas indagatorias; d) preguntas relativas al tratamiento; e) indicaciones relativas al tratamiento; f) preguntas del paciente; g) cierre de la interacción.

<sup>3</sup> Las preguntas indagatorias que el médico formula pueden, en última instancia, ser consideradas como demandas de información. Dado que, para este trabajo, he privilegiado el *continuum* orden/sugestión, he preferido dejar fuera este tipo particular de enunciación de la demanda.

#### 4. CONFRONTACIÓN Y/O DIVERGENCIA

(1)

- a. P: [No sé nadar.]
- b. M: BUENO, pero no, nadie la quiere ahoo-hacer ahogar. Puede, con flotador y eso empieza a: a aprender a nadar y le va a hacer bien, no le tenga miedo. .. **Venza ese prejuicio de no saber nadar.. este: y empiezaa-empiece a ir a piscina con flotadores, como cualquiera,** y usted se va a sentir mucho mejor. En un-en un-en un par de semanas.. va a ser un pez en el agua. .. **Pero lo que necesito que usted gane capacidad respiratoria,** Me entiende?.. Sería bueno que fuera. Que hiciera eso (natación).
- c. *[ pausa prolongada correspondiente a la auscultación ]*
- d. M: Perfecto.
- e. P: Mas yo hago (¿?) gimnasia respiratoria hago.

[MA (c) E2]

Esta secuencia forma parte de un largo episodio centrado en la necesidad que, según el médico, tiene la paciente de realizar natación; se observa la contraposición de dos actitudes divergentes: voluntad impositiva por parte del médico –la paciente debe practicar la natación– y resistencia de la paciente a dichos planteos médicos.

Las demandas claramente impositivas del médico –(b)– constituyen claras amenazas tanto a la imagen positiva –narcisismo– como a la imagen negativa –intrusiva. La estrategia destinada a contrabalancear la demanda con la atenuación bajo forma de “disclaimers”, fundamentalmente, no logra controlar ni mitigar las reacciones negativas de su paciente. La estrategia mitigadora del médico tanto en posición de prefacio como parentética –entre demanda y demanda– funciona como actitud condescendiente y hasta infantilizadora –“flotadores”, “no le tenga miedo”, “ser un pez en el agua”– agravando la idea de pérdida de autonomía. El intento de lograr confianza, o sea la estructuración de una cercanía, fracasa debido a que la estrategia utilizada –de tipo bald-on-record– para hacer sentir a la paciente su interés no consigue el fin deseado transformándose en una acumulación de amenazas a las imágenes de la paciente, conllevando una confrontación que la membresía temporal no alcanza a evitar.

#### 5. AFILIACIÓN Y CONVERGENCIA

(2)

M: Cero cuatro. ..Y vamo' a duplicarle, ¿no?. Vamos a hacer un-un impasse a par-del cateterismo. Lo que me preocupa es que usted no tiene ningún síntoma. Entonces, como la clase funcional todavía es buena, vamos aa-**pero no desaparezca un año de la consulta, vamos a tomar un compromiso las dos partes. ...**

P3: *[ risas ]* Si médico, si.

[MA (c) E3]

En esta entrevista cardiológica, el paciente ha sido informado de la necesidad de un cateterismo cardíaco. Dado que éste se siente bien, los médicos deciden aplazar esta intervención. En este contexto es que el médico tratante lleva adelante dos líneas: co-

mienza por una formulación inmediatamente autocorregida por una petición directa dirigida exclusivamente al paciente (1) “no desaparezca un año de la consulta”, para luego retomar su intención discursiva inicial y formular, entonces, una segunda demanda (2) bajo la forma de un planteo inclusivo, “vamos a tomar un compromiso las dos partes”. La demanda (1) formulada con énfasis tonal, es mitigada inmediatamente por la segunda demanda planteando una oferta de compromiso que conlleva la asunción de responsabilidades mutuas.

Como bien se sabe, la oración imperativa es utilizada por hablantes con autoridad a los efectos de hacer efectivo un mandato. Su uso cortés es característico, según Haverkate (1994), de interacciones en las que los interactuantes tienen los roles bien determinados. Si bien (1) puede considerarse, en tanto petición, como una amenaza a la imagen del paciente, tanto su formulación en un contexto médico-paciente, como el desarrollo cordial de la entrevista en la cual el segmento se halla inserto impiden una conclusión apresurada. El desarrollo discursivo realizado por el médico hace hincapié en el interés que tiene en el paciente y en la necesidad de que éste tiene de control médico. Para enfatizar esto último así como el interés del médico por su paciente (en particular) es que se formula (2). La respuesta del paciente y las marcas paralingüísticas que la acompañan confirman esta lectura. De este modo, se construye, existosamente, una estrategia afiliativa que reafirma la membresía instaurada por la relación institucional.

Las secuencias de cierre, más o menos prolongadas, según el desarrollo de la interacción y del contexto médico-ideológico, suelen ser momentos propicios para la formulación de demandas relativas al comportamiento futuro del paciente.

### (3)

- a. M: **Bueno, ese día además me vie-me va a venir a ver a mi.**
- b. P: ¿saco fecha para usted? O-o [vengo? ]
- c. M: [ve-venga] ven[ga ]
- d. P: [Ven]go
- e. M: El diecisiete de octubre [es uuun..]
- f. P: [dieci ]siete[ de octubre ]
- g. D: [cae Jueves, ]viernes?A  
ver, diecinueve, veinte ... miércoles, ¿no?
- h. P: (miércoles) sí
- i. M: **Venga/venga** para acá.
- j. P: Vengo acá, a verlo.
- k. M: **A verme a mi** y eso va a empezar a tomar uno todas las mañanas.

[MBS E3]

Esta secuencia presenta dos puntos de interés: por un lado, el relativo a la utilización cortés del imperativo que ya ha sido estudiado con relación al ejemplo 3 y, por otro, la insistente repetición del médico y de la paciente de diferentes formas del verbo “venir”. Repetir las palabras del otro no sólo muestra la aceptación del enunciado del otro sino que también evidencia la participación del oyente. Este tipo de comportamientos comunicativos marcan el involucramiento de los participantes en la interacción (Tannen, 1989). Las repeticiones de este segmento se presentan en 2 grupos de alternancia: por



una primera consulta de la paciente que acaba de ingresar en la mutualista y, en consecuencia, aún no ha adquirido todos sus derechos.

Desde el rol de portavoz de la paciente, la acompañante formula una demanda que es el elemento iniciador de la entrevista. Hay que considerar, entonces, si esto implica la formulación de una amenaza a la imagen positiva de la médica ya que “el médico es la persona titular del entorno espacio-temporal y, en tanto que tal, es el dispensador de la palabra” (Madfes, 2002).

Tres elementos marcan la indireccionalidad de la petición:

- a el “disclaimer” “Ella es como nueva recién”,
- b la articulación del acto director “Quería como un chequeo general” alrededor del imperfecto de cortesía que opera mediante un proceso de distanciamiento (Haverkate, 1994)
- c la presencia luego de cada intervención del marcador conversacional “¿no?”, ubicando su uso en el polo de inseguridad de dicho marcador.<sup>4</sup> La incertidumbre se relaciona, en este caso, con el oyente ya que expresa la falta de confianza de L1 en lo que a las actitudes de L2 respecta y su consiguiente comportamiento interactivo. (Madfes, 2003)

Si bien la demanda cuenta con la aprobación de la médica –*back channel* y turno siguiente– tanto la paciente (**e**) pero sobre todo la acompañante (**d, f, h, j**) intentan mitigar su pedido inicial.

En el contexto de la MA,<sup>5</sup> fundamentalmente, las acciones del paciente, entre las que podemos incluir las demandas, suelen provocar situaciones de confrontación más o menos abiertas, más o menos graves.

(5)

- a. **M. Yo ahora me quiero comprar la caja grande que al final me compré la primera vez la de treinta fijate que si no tengo que venir a cada rato.**

M: Sí, si.

- a. **pero ahora no tengo plata, me voy a comprar la chica.**

- b. M: ¿Y eso quéee?

- c. P: Y después me voy a comprar la grande.

- d. M: ¿Que te haga dos?

- e. P: Sí, hacéme dos.

M: Tá, tá.

- f. **y-y del floxet me queda menos de la mitad.**

- g. M: También te tengo que hacer.

- h. P: Eh?

---

<sup>4</sup> Inseguridad: expresión de la necesidad de aprobación puesto que el hablante no confía en su decir; L1 centrado tanto en L1 como en L2.

<sup>5</sup> En el contexto de la MA, se observan las siguientes características en cuanto a la relación médico – paciente: i) dificultad en aceptar las preguntas del paciente; ii) comportamientos elusivos y iii) imposición.



i. M: También?

j. P: Sí

[MA (g) E2]

El paciente se presenta como el titular de esta secuencia que consiste en una demanda rutinaria de medicamentos. Se trata de una secuencia compleja articulada en actos directores y modificadores externos:

1.- demanda 1 + modificador causal

2.- disarmer + demanda 2

3.- demanda 3 + modificador causal

supuestamente, dentro del marco costo-beneficio, se trata de una acción convencional que no requiere de mucho esfuerzo por parte de su interlocutora, correspondiéndole un grado de imposición relativamente bajo. (Haverkate, 1994) El paciente no realiza una solicitud directa de medicamentos y en 2º.lugar, tampoco emplea medios convencionalmente indirectos como el condicional, p.e., sino que se limita a describir una situación de hecho que en realidad es la formulación de una demanda. La tentatividad propia de las demandas indirectas aparece bajo la forma de elementos que pretenden dar las razones de esta formulación.

Lo interesante de este acto de discurso que el hablante presenta como una demanda directa es su efecto perlocucionario, o sea, la opacidad con que la médica lo percibe –(c)–. El porqué de esta opacidad podría residir en la ausencia de determinados recursos verbales como “necesito/necesitaría”, “me gustaría” que permitirían un mayor grado de comprensión a los efectos de ser entendido cabalmente. El principio de claridad se transgrede, implicando un costo superior para el oyente.

El enunciado de tipo impositivo “yo ahora me quiero comprar” mediante el cual el paciente formula su demanda es mal comprendido por la médica. De este modo, el planteo conforma una amenaza a su imagen positiva así como una suerte de desafío a las normas institucionales de un contexto cargado de poder que la enunciación final de limitaciones de orden económico no logra mitigar plenamente. La respuesta en (c) de la interactuante-médica indican una pérdida de su autonomía en la medida en no logra controlar la conducta del paciente.

#### **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Las diferentes demandas se sitúan en un eje de divergencia/convergencia en lo que al relacionamiento interactivo respecta. Esto es, la forma como cada participante plantea el acto de discurso de demanda puede llevar a un reforzamiento de la afiliación o puede llevar a situaciones confrontativas. El hecho de que se produzcan tendencias a la mayor o menor presencia de dichos actos de discurso en determinadas macrosecuencias de la entrevista médica contribuye al mejor entendimiento de este eje. A saber, la tendencia afiliativa en las demandas que refieren a comportamientos posteriores a la consulta denota la impronta que los participantes más poderosos desean dejar en sus pacientes.

En suma, focalizar en petición y en las diferentes formulaciones que al respecto enuncian los participantes, permite ver los diferentes movimientos de afiliación y defensa de una determinada concepción del rol en contextos cargados de poder. Es interesante observar, en este contexto, que incluso cuando en la entrevista primó la confrontación,

aparecen tendencias afiliativas ya sea en el correr de ésta, mediante el uso del imperativo de cortesía que obra como poderoso mitigador, codificándose como muestra de interés del médico por el paciente o, incluso, en el momento de la clausura.

En suma, se ha observado mediante el análisis de la formulación de peticiones en entrevista médica, que los efectos sobre la imagen desde el punto de vista del trabajo de imagen (“facework”) pueden ser tanto de mantenimiento, restauración o daño. En consecuencia, tanto los conceptos relativos a la conformación de una membresía temporal como la teoría de la cortesía se muestran como instrumentos valiosos para comprender la naturaleza del discurso institucional de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARRÁN, José Pedro (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- BROWN, Penelope y Stephen LEVINSON (1987) *Politeness. Some universals in language use*. Cambridge, Cambridge University.
- ECKERT, P. y S. MCCONNELL-GINET (1992) “Think practically and look locally: Language and gender as community-based practice” en *Annu. Rev. Anthropology* 21. 46-490
- FAIRCLOUGH, Norman (2001) *Language and power*. London, Longman.
- HAVERKATE, H. (1994) *La cortesía verbal. Estudio pragmalingüístico*. Madrid, Gredos
- HARRIS, S. (2003) “Politeness and power: making and responding to ‘requests’ in institutional settings” en *Text* 23 (1). 27-52.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves (1999) “Politeness ideology in Spanish colloquial conversations” *Pragmatics* 9, vol. 1. 37-50
- KERBRAT-ORECCHIONI (1997) “A multilevel approach in the study of talk-in-interaction” en *Pragmatics* vol.7, nº 1. 1-20.
- LEVINSON, Stephen (1983) *Pragmatics*. Cambridge, Cambridge University.
- MADFES, Irene (2002a) “La confrontación de imágenes en una interacción asimétrica: ¿médico y paciente: afiliación conflicto?” en Diana BRAVO (ed.) *Actas del Ier. Coloquio del Programa EDICE: La perspectiva no etnocentrista de la cortesía: identidad sociocultural de las comunidades hispanoablantes*. Estocolmo, Univ. de Estocolmo. 172-185.
- MADFES, Irene (2003) “Estrategias Comunicativas de género: el rol de los marcadores conversacionales”. Tesis de doctorado.
- MAYNARD, D. (2004) “On predicating a diagnosis as an attribut of person” en *Discourse Studies* 6 (11). 53-76.
- NIJHOF, G. (1998) “Naming as naturalization in medical encounter” en *Journal of Pragmatics* 30. 735-753.
- TANNEN, D. (1989) *Talking voices*. Cambridge, Cambridge University.